

子育て短期支援事業利用申請書

年 月 日

富岡町長 様

申請者 住 所
氏 名
電話番号

富岡町子育て短期支援事業の利用について、次のとおり申込みます。

世帯構成 ※利用を希望する児童に○印を付けてください。						
	フリ氏 ガナ名	続柄	性別	生年月日	年齢	勤務先・学校名等
申請者						
利用期間中の緊急連絡先	氏 名			関 係	電 話 番 号	
	①					
	②					
利用区分	☐ ショートステイ ☐ トワイライトステイ(平日 17 時～22 時) ☐ トワイライトステイ(宿泊 22 時～8 時) ☐ 休日預かり(8 時～17 時)					
利用期間及び希望施設	年 月 日 時～ 年 月 日 時				施設名()	
	年 月 日 時～ 年 月 日 時				施設名()	
	年 月 日 時～ 年 月 日 時				施設名()	
申請の理由	ショートステイ	☐ 疾病 ☐ 育児疲れ・育児不安 ☐ 慢性疾患児の看病疲れ ☐ 出産・看護 ☐ 事故 ☐ 災害 ☐ 失踪 ☐ 冠婚葬祭 ☐ 転勤・引越 ☐ 出張 ☐ 学校等の公的行事 ☐ その他 ()				
	トワイライトステイ	☐ 平日の夜間・休日の就業 ☐ その他()				
健康状態等 (児童のアレルギーの有無や服薬、健診時の指摘事項等、留意することを記入)						
世帯区分		☐ 生活保護世帯 ☐ 市町村民税非課税世帯 ☐ その他の世帯				
同 意 書						
1.住民登録関係情報、市民税に係る課税状況、生活保護受給の有無について、富岡町が保有する公簿等により確認すること。						
2、事業の実施に必要な範囲で、申請者の情報を実施施設へ提供すること。						
(申請者)氏名						